

УДК 617-089

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

© Е.И. Закурнаева, Э.М. Османов

Ключевые слова: анестезия; малоинвазивные хирургические вмешательства.

Изучено анестезиологическое обеспечение при различных объемах малоинвазивных хирургических вмешательств. Объединение различных хирургических вмешательств в одну группу по принципу технологической общности, а не в зависимости от этиопатогенеза страдания или оперируемого органа позволяет выработать единый методический подход к интраоперационной защите пациента.

В современной хирургии одним из основных направлений является повышение эффективности и качества как плановой, так и экстренной хирургической помощи населению путем разработки современных методов диагностики, оптимизации хирургической тактики и реабилитации больных с острыми и хроническими заболеваниями органов брюшной полости [1–3].

В настоящее время интерес к малоинвазивным хирургическим вмешательствам повышается, т. к. они характеризуются крайне малой травматичностью, лучшей переносимостью, коротким периодом нахождения в стационаре, меньшей потребностью в обезболивающих препаратах, минимумом болевых ощущений в послеоперационном периоде, быстрым восстановлением трудоспособности и снижением послеоперационных осложнений.

Вопрос обеспечения безопасности больных при хирургических вмешательствах остается основополагающим направлением анестезиологии и реаниматологии. В последнее время в анестезиологии и реаниматологии все шире используются методы регионарной анестезии, которые по многочисленным данным составляют от 20 до 45 % в общем объеме анестезиологических пособий [4].

Анестезиологическое пособие или обеспечение – это управление работой витальных функций (артериальным давлением, сердечным ритмом, дыханием, температурой тела) организма во время операции. Анестезиологическое пособие способствует изменению функций организма в зависимости от характера операции, а также сопутствующей патологии. Функциональные сдвиги в организме обусловлены непосредственным влиянием лекарственных препаратов, а также совокупностью и последовательностью применения всех режимов, элементов и методов, входящих в современное комплексное анестезиологическое обеспечение.

Целью исследования явилось изучение анестезиологического обеспечения при различных объемах малоинвазивных хирургических вмешательств.

Работа основана на анализе 183 больных, госпитализированных в т. ч. и в экстренном порядке и оперированных по поводу желчекаменной болезни в условиях анестезиологического обеспечения (АО) в хирургическом отделении Тамбовского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения

«Городская клиническая больница № 3 г. Тамбова», которая в этом году отмечает свое 55-летие со дня образования. В составе больницы 11 клинических, 5 параклинических отделений, поликлиника и женская консультация, которые оказывают круглосуточно не только специализированную помощь населению по хирургии, акушерству и гинекологии, отоларингологии, нейрохирургии, неврологии, кардиологии и терапии, но и анестезиологическую помощь (эндотрахеальные наркозы, внутривенные наркозы, в т. ч. с использованием ларингеальной маски, комбинированные наркозы при любых оперативных вмешательствах, современные методы регионарной анестезии в сочетании с местным обезболиванием), соответствующие современным стандартам оказания медицинской помощи.

Острый холецистит (ОХ) занимает второе место в структуре ургентной хирургической патологии органов брюшной полости. Из всего множества этиопатогенетических форм острого холецистита (инфекционный, ферментативный, первично-сосудистый) более 90 % занимает острый калькулезный холецистит. Общая послеоперационная летальность, по данным разных авторов, составляет от 2 до 12 %, а у пожилых людей достигает более 20 %.

Тактика при остром холецистите представляется наиболее спорной проблемой в желчной хирургии. Наиболее острые разногласия возникают при обсуждении вопросов целесообразности и допустимых сроков консервативной терапии ОХ, а также показаний к экстренному оперативному вмешательству, способу его выполнения и его объему. Традиционная холецистэктомия оказывается наиболее затратной и характеризуется максимальной частотой осложнений [1, 4–10].

При лапароскопической методике число осложнений минимально, особенно при хроническом холецистите, однако применение ее требует больших расходов. Достижения эндоскопических технологий привели к тому, что малоинвазивный метод во многих стационарах стал альтернативным традиционному хирургическому методу и радикальным образом изменил принципы лечения. Это касается и хирургической патологии органов брюшной полости. Современные малоинвазивные хирургические методы охватывают почти весь спектр заболеваний желчного пузыря.

Показаниями к хирургическому лечению калькулезного холецистита являются частые тяжелые приступы, наличие в пузыре крупных камней, способных вызвать пролежень стенки пузыря с последующим образованием пузырно-кишечного свища, мелкие камни пузыря, которые могут закупоривать желчный проток, проникать в холедох и вызывать механическую желтуху, холангит, острый или хронический панкреатит, рак желчного пузыря [7, 8, 10–11].

Тактика лечения больных с urgentными осложнениями ЖКБ – оперативное лечение в экстренном порядке. Операция выбора холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

Ежегодно в отделении выполняются более 150 эндохирургических холецистэктомий из минилапаротомного доступа, при котором отмечается наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений, а также период послеоперационного пребывания больных в стационаре наименее продолжителен.

Исследуемые группы больных, которые были представлены по полу, возрасту, характеру основной патологии, а также наличию сопутствующих заболеваний, были в основном сопоставимы. Все лапароскопические операции (183) были выполнены под общим наркозом, а под эпидуральной анестезией была выполнена холецистэктомия из широкого доступа (29) и в 147 наблюдениях холецистэктомия из минилапаротомного доступа. Использование эпидуральной анестезии при холецистэктомии, особенно при выполнении операции из минилапаротомного доступа, позволяет уменьшить риск возникновения осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем больных.

Эндоинтубационный наркоз был использован у 59 больных при проведении холецистэктомии из традиционного доступа и у 88 больных при осуществлении операции из минилапаротомного доступа. Достоинством применения метода из минилапаротомного доступа является возможность использования регионарного обезболивания. Что касается регионарной анестезии, то ее применяли при осуществлении внеплановых (экстренных) операций (67 больных), что составляет 36,6 % от числа всех холецистэктомий. Регионарное обезболивание характеризуется меньшей себестоимостью выполнения анестезии при оперативном вмешательстве и низкой частотой послеоперационных осложнений.

При анализе показателей центральной гемодинамики у данной категории больных до начала анестезии было выявлено умеренное увеличение ОПС, СДД и ЧСС, отражающие явления вазоконстрикции в результате психоэмоционального напряжения перед операцией.

Для оптимального обезболивания в послеоперационном периоде наименьшее количество анальгетиков использовали при холецистэктомии из минилапаротомного доступа.

Объединение различных хирургических вмешательств в одну группу по принципу технологической общности, а не в зависимости от этиопатогенеза страдания или оперируемого органа с точки зрения анестезиолога вполне оправдано, т. к. позволяет выработать единый методический подход к интраоперационной защите пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М., 1996. 152 с.
2. Брискин Б.С., Гудков А.Н., Брюнин А.В., Котовичкина Ю.А. Возможности и трудности холецистэктомии из минилапаротомного доступа // *Анналы хирургической гепатологии*. 2001. Т. 6. № 1. С. 88–98.
3. Галлигер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: практическое руководство. М., 1994. 66 с.
4. Папкова И.П. Выбор метода анестезии при лапароскопических вмешательствах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995. 25 с.
5. Кождан Е.Л., Максимов Б.И. Состояние центральной гемодинамики во время лапароскопии у больных с заболеваниями печени и желчных путей. М., 1977. 175 с.
6. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. Хирургические болезни. М., 2002. 784 с.
7. Ломидзе О.В. Клинико-экономический анализ эффективности различных способов операции холецистэктомии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 24 с.
8. Меджидов М.А., Закурнаев А.А., Османов Э.М. Малоинвазивная хирургия в лечении холецистита // *Актуальные вопросы нейрохирургии и неврологии: материалы межрегион. науч.-практ. конф.* 29–30 мая 2006 г. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2006. С. 74–78.
9. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М., 2003. 203 с.
10. Шулуто А.М., Данилов А.И., Маркова З.С., Корнеев Л.В. Минилапаротомия в хирургическом лечении калькулезного холецистита // *Хирургия*. 1997. № 1. С. 36–37.
11. Федоров И.В., Славин Л.Е., Чугунов А.Н. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. М.: Трида-Х, 2003. 80 с.

Поступила в редакцию 10 декабря 2013 г.

Zakurnayeva E.I., Osmanov E.M. ANESTHETIC MAINTENANCE AT MINIMALLY INVASIVE SURGERY

The anesthetic management at different levels of minimally invasive surgery is studied. Combining the different surgical procedures in the same group on the basis of the technological community, and not depending on the etiopathogenesis of suffering or operated organs allows developing a common methodological approach to intraoperative patient protection.

Key words: anesthesia; minimally invasive surgery.

Закурнаева Елена Ивановна, Городская клиническая больница № 3, г. Тамбов, Российская Федерация, зав. отделением анестезиологии и реаниматологии; Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, соискатель, e-mail: osmanov@bk.ru

Zakurnayeva Elena Ivanovna, City Clinical Hospital № 3, Tambov, Russian Federation, Head of Anaesthesiology and Intensive Care Department; Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Competitor, e-mail: osmanov@bk.ru

Османов Эседуллаллаевич, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, член-корреспондент международной академии интегративной медицины, доктор медицинских наук, профессор, зам. директора медицинского института по стратегическому развитию, e-mail: osmanov@bk.ru

Osmanov Esedulla Mallaalievich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Corresponding Member of International Academy of Integrative Medicine, Doctor of Medicine, Professor, Vice Director of Medical Institute for Strategic Development, e-mail: osmanov@bk.ru